



WELL CHILD EXAM - INFANCY: 9 MONTHS
(Meets EPSDT Guidelines)

DATE

BÉ THƠ: 9 THÁNG

PHỤ HUYNH ĐIỂN VỀ ĐỨA TRÉ	TÊN ĐỨA TRÉ		NGÀY SANH									
	CÁC DỊ ỨNG		THUỐC MEN HIỆN TẠI									
	CÁC BỆNH TẬT/TAI NẠN/TRỞ NGẠI/QUAN TÂM KỂ TỪ LẦN KHÁM CUỐI											
	<table style="width:100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG <input type="checkbox"/> </td> <td style="width: 50%;"> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG <input type="checkbox"/> </td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Con tôi có thể tự ăn bằng tay.</td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Con tôi có thể tự chơi loanh quanh một mình.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Con tôi hiểu được vài chữ.</td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Con tôi chơi trò chơi peek-a-boo hoặc pat-a-cake.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Con tôi thức dậy vào ban đêm.</td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Con tôi có thể nhìn và nghe.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tôi lo ngại về vấn đề là tôi thường hay bị buồn.</td> <td></td> </tr> </table>			CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG <input type="checkbox"/>	CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Con tôi có thể tự ăn bằng tay.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Con tôi có thể tự chơi loanh quanh một mình.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Con tôi hiểu được vài chữ.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Con tôi chơi trò chơi peek-a-boo hoặc pat-a-cake.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Con tôi thức dậy vào ban đêm.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Con tôi có thể nhìn và nghe.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tôi lo ngại về vấn đề là tôi thường hay bị buồn.
CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG <input type="checkbox"/>	CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG <input type="checkbox"/>											
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Con tôi có thể tự ăn bằng tay.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Con tôi có thể tự chơi loanh quanh một mình.											
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Con tôi hiểu được vài chữ.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Con tôi chơi trò chơi peek-a-boo hoặc pat-a-cake.											
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Con tôi thức dậy vào ban đêm.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Con tôi có thể nhìn và nghe.											
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tôi lo ngại về vấn đề là tôi thường hay bị buồn.												

WEIGHT KG./OZ. PERCENTILE	HEIGHT CM/IN. PERCENTILE	HEAD CIR. PERCENTILE	
---------------------------	--------------------------	----------------------	--

Review of systems Review of family history

Screening:

	N	A	
Hearing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Vision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Development	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Behavior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Social/Emotional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Gross Motor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Fine Motor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Physical:

	N	A		N	A
General appearance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lungs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Head/Fontanelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cardiovascular/Pulses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eyes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ears	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Genitalia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oropharynx	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Extremities	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neurological	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nodes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Mental Health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Describe abnormal findings:

Diet _____

Elimination _____

Sleep _____

Hct/Hgb Review Immunization Record

Fluoride Supplements Fluoride Varnish

Health Education/Anticipatory Guidance: (Check all completed)

Family Planning Safety No Bottle in Bed

Development Crib Safety Shaken Baby Syndrome

Infant Bond Feeding/colic Fever

Teeth Cleaning Bedtime ritual Language Stimulation

Stranger Anxiety Appropriate Car Seat Child care

Passive Smoke Syrup of Ipecac

Other: _____

Assessment: _____

IMMUNIZATIONS GIVEN

REFERRALS

NEXT VISIT: 12 MONTHS OF AGE

HEALTH PROVIDER NAME

HEALTH PROVIDER SIGNATURE

HEALTH PROVIDER ADDRESS

INFANCY: 9 MONTHS

Guidance to Physicians and Nurse Practitioners for Infancy (9 months)

The following highlight EPSDT screens where practitioners often have questions.
They are not comprehensive guidelines.

Fluoride Screen

Check with local health department for fluoride concentration in local water supply, then use clinical judgment in screening. Look for white spots or decay on teeth. Check for history of decay in family.

Tuberculosis Screen

Screen for these risk factors:

- Members of household with tuberculosis or in close contact with those who have the disease.
- In close contact with recent immigrants or refugees from countries in which tuberculosis common (e.g., Asia, Africa, Central and South America, Pacific Islands); migrant workers; residents of correctional institutions or homeless shelters or persons with certain underlying medical disorders.

Polio Virus Vaccine

Give a dose of inactivated polio virus (IPV) vaccine:

- at 2 months.
- at 4 months.
- at 6-18 months.

Developmental Milestones

Always ask parents if they have concerns about development or behavior. You may use the following screening list, or use the Ages and Stages Questionnaire, the Denver II, the ELMS2 (a language screen), or the MacArthur Communications Development Inventory.

Yes	No	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Sits without support.</u>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Stands holding on.</u>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cruises.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Imitates speech sounds.</u>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Thumb-finger grasp.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Says "Dada" or Mama" nonspecifically.</u>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Responds to name.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Plays "Peek-a-boo."
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avoids eye contact.

Instructions for developmental milestones: At least 90% of infants should achieve the underlined milestones by this age. If you have checked "no" on *even one* of the underlined items, or if you have checked the **boxed item** (abnormal behavior at this age), refer the infant for a formal developmental assessment.

Notes: Immunization schedules are from the Advisory Committee on Immunization Practice of the U.S. Centers for Disease Control and Prevention. **Parents and providers may call Healthy Mothers, Healthy Babies with questions or concerns on childhood development.**



KHÁM TRẺ KHỎE MẠNH - BÉ THƠ: 9 THÁNG

WELL CHILD EXAM - INFANCY: 9 MONTHS

(Đáp Ứng Chỉ Tiêu EPSDT)

NGÀY

BÉ THƠ: 9 THÁNG

PHỤ HUYNH ĐIỂN
VỀ Đứa TRẺ

TÊN ĐỨA TRẺ	NGÀY SANH
CÁC DỊ ỨNG	THUỐC MEN HIỆN TẠI
CÁC BỆNH TẬT/TAI NẠN/TRỞ NGẠI/QUAN TÂM KỂ TỪ LẦN KHÁM CUỐI	
<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG <input type="checkbox"/> Con tôi có thể tự ăn bằng tay. <input type="checkbox"/> Con tôi hiểu được vài chữ. <input type="checkbox"/> Con tôi thức dậy vào ban đêm. <input type="checkbox"/> Tôi lo ngại về vấn đề là tôi thường hay bị buồn.	<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG <input type="checkbox"/> Con tôi có thể tự chơi loanh quanh một mình. <input type="checkbox"/> Con tôi chơi trò chơi peek-a-boo hoặc pat-a-cake. <input type="checkbox"/> Con tôi có thể nhìn và nghe.

CÂN NẶNG KG./OZ. SỐ BÁCH PHẦN	CHIỀU CAO CM/IN. SỐ BÁCH PHẦN	VÒNG ĐẦU SỐ BÁCH PHẦN	Chế độ ăn uống _____
-------------------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------

Xét lại các hệ thống Xét lại quá trình gia đình

Khám truy tầm:	N	A	
Nghe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nhìn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Phát triển	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tính hạnh	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Giao tế/Xúc cảm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Vận Động Thường	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Vận Động Khéo Léo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Thể chất:	N	A		N	A
Nhìn Chung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ngực	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Da	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Phổi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Đầu/Thóp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tim/Mạch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mắt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bụng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cơ Quan Sinh Dục	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mũi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Xương sống	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Họng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chân tay	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cổ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Thần kinh	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cực u	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Tình Trạng Tâm Thần	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Mô tả các khám phá bất thường:

Chế độ ăn uống _____

Bài tiết _____

Ngủ _____

Hct/Hgb Xét Lại Hồ Sơ Chích Ngừa
 Thêm Chất Fluoride Tráng Chất Fluoride

Giáo Dục về Y Tế/Hướng Dẫn Trước: (Đánh dấu hết những lớp đã hoàn tất)

Kế Hoạch Hóa Gia Đình An Toàn Không cho bú bình khi ngủ
 Phát Triển An Toàn Trong Nôi Hội Chứng Lắc Em Bé
 Gắn Gũ Với Trẻ Sơ Sinh Cho ăn uống/bị đau bụng Bị Nóng Sốt
 Giữ Răng Sạch Giờ ngủ thường lệ Khuyến Khích về Ngôn Ngữ
 Lo Âu về Người Lạ Car Seat Thích Hợp Giữ trẻ
 Hít Khói Thuốc Thuốc Xổ Si-Rô
 Lớp Khác:

Giám Định: _____

ĐÃ CHỦNG NGỪA

GIỚI THIỆU

TÊN NƠI CHĂM SÓC SỨC KHỎE

ĐỊA CHỈ NƠI CHĂM SÓC SỨC KHỎE

LẦN KHÁM KẾ TIẾP: LÚC 12 THÁNG

CHỮ KÝ NƠI CHĂM SÓC SỨC KHỎE

Sức Khỏe của Em Bé Quý Vị Lúc 9 Tháng

Các Điểm Mốc

Những cách em bé của quý vị phát triển trong khoảng từ 9 đến 12 tháng.

Bò chung quanh nhà.

Đứng lên và bám vào bàn ghế để đi.

Có thể bắt đầu bước đi.

Chỉ vào những vật mà em muốn.

Uống bằng ly và tự ăn lấy.

Chơi trò chơi như Pat-a-cake và Peek-a-boo.

Bắt đầu nói những chữ như "mama," "papa," và "bye-bye."

Quý vị có thể giúp cho em bé của quý vị học hỏi những điều mới bằng cách chơi đùa với em.

Muốn Được Giúp hoặc Biết Thêm Tin Tức

Thăm dò về phát triển miễn phí: Đường Dây về Tin Tức và Giới Thiệu của Healthy Mothers, Healthy Babies là 1-800-322-2588 (tiếng nói) hoặc 1-800-833-6388 (Tiếp Âm TTY).

An toàn về car seat: Liên Minh Bảo Vệ An Toàn, 1-800-BUCK-L-UP (tiếng nói) hoặc 1-800-833-6388 (Tiếp Âm TTY)

Những em bé có nhu cầu đặc biệt:
Cha Mẹ với Cha Mẹ, 1-800-821-5927.

Phòng Ngừa Trúng Độc:

Trung Tâm Ngừa Độc Washington 1-800-732-6985 (tiếng nói)
1-800-572-0639 (Tiếp Âm TTY)
Gọi số 911 trong trường hợp cấp cứu.

Các Chỉ Dẫn về Sức Khỏe

Tiếp tục cho con bú bằng sữa mẹ càng lâu càng tốt, ít nhất là trọn năm đầu.

Sữa mẹ và sữa bình vẫn là nguồn thức ăn quan trọng cho em bé của quý vị. Em cũng cần ăn thêm đồ ăn mềm, hoặc đồ ăn xay đặc.

Giữ những răng mới mọc của em cho sạch sẽ. Đánh răng sau khi ăn. Dùng góc của tấm khăn sạch hoặc dùng loại bàn chải đánh răng thật nhỏ, mềm. Đừng cho em bú bình khi đi ngủ.

Thuốc trụ sinh luôn luôn không phải là loại thuốc tốt nhất. Những loại thuốc này không giúp ích trong việc chữa trị bệnh cảm lạnh hoặc các loại nhiễm trùng khác. Cho em bé của quý vị uống thuốc trụ sinh khi không cần thiết sẽ có hại cho em.

Hãy để cho em bé của quý vị tập uống bằng ly. Cho nước, sữa mẹ, hoặc sữa bình, vào trong loại ly có nắp dành cho trẻ em uống. Nếu em đang bú bình, thì nên chuyển qua uống ly khi em khoảng 1 tuổi.

Phải rửa tay thường xuyên, nhất là sau khi thay tã và trước khi cho em ăn. Rửa đồ chơi của em bằng nước và xà bông.

Các Chỉ Dẫn về Nuôi Con

Mỗi em bé phát triển một cách khác biệt. Em bé của quý vị sẽ tiếp tục học hỏi và thay đổi. Nếu quý vị thấy em không tăng trưởng một cách bình thường, hãy báo cho bác sĩ và y tá của em biết. Muốn được biết về việc thăm dò phát triển miễn phí, xin gọi cho Healthy Mothers, Healthy Babies (số điện thoại có ghi ở phía bên trái).

Các Chỉ Dẫn về An Toàn

Luôn luôn để ý em bé của quý vị khi ở trong bồn tắm. Chết đuối có thể xảy ra một cách nhanh chóng và yên lặng chỉ trong một vài inch nước. Đưa em ra ngoài với quý vị nếu quý vị phải đi ra khỏi phòng tắm.

Cột dây an toàn trong car seat và quay mặt về phía sau cho hết trọn năm đầu tiên. Để cho em ngồi ở ghế sau, đây là chỗ an toàn nhất để chở trẻ em trên xe.